

**FORMULARZ OFERTOWY
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
NA RZECZ PACJENTÓW
MIEJSKIEJ PRZYCHODNI ZDROWIA W BARCZEWIE**

1. DANE DOTYCZĄCE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Nazwa Przyjmującego Zamówienie

Adres siedziby (ulica, kod – miasto)

Imię i Nazwisko

PESEL

Numer REGON:

Numer NIP:

Adres poczty elektronicznej:

Numer telefonu:

2. DANE DOTYCZĄCE UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Miejska Przychodnia Zdrowia w Barczewie, ul. Lipowa 2, 11-010 Barczewo

strona internetowa: <https://www.przychodniabarczewo.pl/>

e-mail: przychodnia@barczewo.pl

godziny urzędowania: **8⁰⁰ – 15⁰⁰**

3. Niniejszym składam ofertę na:

**UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PIELĘGNIARSTWA
W MIEJSKIEJ PRZYCHODNI ZDROWIA W BARCZEWIE
OGŁOSZENIE NR 1/02/U/2026**

Opis przedmiotu zamówienia	j.m.	ilość	cena jednostkowa netto	wartość netto	VAT	VAT	wartość brutto
			[zł]	[zł]	[%]	[zł]	[zł]
1 Świadczenie Zdrowotne w zakresie pielęgniarstwa	(h)				zw.	zw.	
Razem ogółem					Razem ogółem brutto:		
netto:							

4. OŚWIADCZENIA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE :

1) Doświadczenie zawodowe w zakresie świadczenia, którego dotyczy oferta (odpowiednie zakreślić)¹:

- do 1 roku
- od 1 do 5 roku
- powyżej 5 roku

¹ Zaznaczyć w sposób wyraźny właściwą informację

- 2) Specjalizacja w dziedzinie
- 3) Nr dokumentu specjalizacji
- 4) Posiadany tytuł zawodowy
- 5) Dodatkowo kwalifikacje w zakresie świadczenia, którego dotyczy oferta (certyfikaty, kursy, szkolenia itp.):
- a)
- b)
- c)

5. DOKUMENTY

- 1) Na potwierdzenie spełnienia warunków udziału w konkursie ofert, do oferty załączam:
- a)
- b)
- c)
- 2) Wskazuję, że dokumenty podmiotowe Przyjmującego zamówienie dostępne są pod następującym adresem ogólnodostępnej bezpłatnej bazy danych²

<https://prod.ceidg.gov.pl>

Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej

NIP:

<https://wyszukiwarka-krs.ms.gov.pl/>

Krajowy Rejestr Sądowy

KRS nr

<https://wyszukiwarkaregon.stat.gov.pl/appBIR/index.aspx>

Baza Internetowa REGON

REGON:.....

<https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/>

Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą

Numer księgi rejestrowej:

<https://nipip.pl/weryfikacja-pwz/>

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

Numer prawa wykonywania zawodu:

.....
Miejscowość , data

.....
Podpis osoby upoważnionej do złożenia oferty

² Zaznaczyć w sposób wyraźny właściwą informację.